Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand

Ueber Skapularkrachen

Auszug
aus der
Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der
Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Von

Hans Wittig
approb. Arzt aus Dessau

Tag der Promotion: 30. April 1920

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Rubner**

Referenten: Prof. Dr. **Lotsch**

Prof. Dr. **Rubner**

Es wird zunächst ein Ueberblick über die bisher über das Skapularkrachen in der Literatur erschienenen Abhandlungen und beschriebenen Fälle gegeben. Boinet machte im Jahre 1867 zuerst auf das Skapularkrachen aufmerksam, nach ihm beschäftigten sich damit hauptsächlich französische Autoren, bis im Jahre 1904 die erste deutsche Arbeit von Küttner über dieses Thema erschien. Nach ihm haben sich noch Lotheissen, Habermann, Lobenhofer, Betke u. a. damit befaßt.

Hierauf wird auf die charakteristischen Eigenschaften des Skapularkrachens näher eingegangen und die differenzialdiagnostischen Möglichkeiten auseinander gesetzt. Man unterscheidet am besten zwischen einem sogen. physiologischen und einem pathologisch verstärkten Skapularkrachen. Das erste ist nur mit dem Höhrrohr wahrnehmbar, während das letzte mit aufgelegter Hand fühlbar und oft noch auf weite Entfernung hin als knarrendes, knackendes Geräusch hörbar ist. Nur das letzte macht den Patienten in manchen Fällen Beschwerden.

Sodann wird die Aetiologie dieser Erscheinung an der Hand der bisher beschriebenen 35 Fälle unter Hinzufügung eines neuen von Prof. Dr. Lotsch operierten Falles abgehandelt. Man unterscheidet hier mit Küttner am besten drei Gruppen:

I. Fälle mit Knochenveränderungen,
II. Fälle mit Muskelanomalie,
III. Fälle mit subscapulären Schleimbeuteln.

Zur Gruppe I gehören 17 Fälle, die wieder durch folgende Untergruppen zu trennen sind.

1. Knochenverdickungen oder Knochenumbiegungen (2 F.),
2. Exostosen (5 Fälle),
3. Unebenheiten der Knochen nach Frakturen (5 Fälle),
4. Thoraxdeformitäten (3 Fälle),
5. Cariöse oder luetische Prozesse an den Rippen (2 Fälle).

Zur Gruppe II gehören 12 Fälle, darunter der neu veröffentlichte Fall von Lotsch. Auf Grund des Operationsbefundes bei diesem Falle glaubt der Verfasser annehmen zu dürfen, daß bei den meisten Fällen dieser Gruppe das Geräusch durch ein anomales Hervorspringen und Angespanntsein der vielleicht stärker entwickelten sehnigen Ansätze des M. serr. post. sup. hervorgerufen wird, indem der mediale Skapularrand beim Gleiten über diese Sehnen gleich einem Geigenbogen diese zum Erklingen bringt, wobei der Brustkorb einen ausgezeichneten Resonanzkasten abgibt, so daß das Geräusch zu einer solchen Stärke anschwellen

kann, daß es weithin hörbar ist. Ein dahingehender Versuch in Cadavere ergab kein Vorspringen besagter Sehnen und daher auch keine Möglichkeit, mit der Fingerkuppe willkürlich auf ihnen ein dem Skapularkrachen ähnliches Geräusch hervorzubringen, wie dies bei Operation des Falles von Lotsch dem Operateur möglich war.

Bei drei Fällen handelte es sich um Muskelatrophie nach Schultergelenksankylose.

Zur Gruppe III gehören 7 Fälle, deren Aetiologie jedoch teilweise recht zweifelhaft ist, da das Bestehen eines entzündlichen Hygroms nicht immer mit Sicherheit nachzuweisen ist. Die früher von einigen Autoren vertretene Anschauung, daß einfache Schleimbeutel Veranlassung zum Skapularkrachen geben könnten, widerspricht ja der ganzen physiologischen Entstehungsart der Schleimbeutel und dem Zweck, der damit verbunden ist. Es muß daher zu mindest ein entzündlich verhärtetes Hygrom angenommen werden, wenn man schon bei dieser Erklärung bleiben will.

Hierauf werden die therapeutischen Maßnahmen gegen das Skapularkrachen besprochen. Zunächst wird festgestellt, daß alle nicht operativen Maßnahmen bisher stets ohne Erfolg geblieben sind, sodann die Indikationsstellung zur Operation besprochen. Es ist ratsam, nur bei Beschwerden objektiver oder psychischer Natur einzugreifen.

Die verschiedenen Operationsmethoden werden angeführt und zwar die Methoden von: Betke, Lobenhofer, Lotsch, Lotheissen und Küttner (Hebermann). Der Erfolg der Operation ist in fast allen Fällen bisher ein guter gewesen. Ueber die Dauer des Heilerfolges liegen keine längeren Beobachtungen vor. Bei den Knochenveränderungen läuft die Operation auf die Entfernung dieser Veränderungen hinaus mit oder ohne nachfolgender Muskelinterposition. Ebenso müssen die Hygrome entfernt werden, wobei zweckmäßig eine Muskelinterposition anzuschließen ist. Bei Muskelanomalien genügt eine Muskelinterposition. Die verschiedenen Vorschläge hierzu werden angeführt.

Lebenslauf

Hans Wittig, geb. 26. 6. 93 zu Dessau als Sohn des Gymnasialprofessors Carl Wittig. Reifezeugnis Ostern 1912 am Gymnasium zu Dessau. 1. 4. bis 30. 9. 1912 Einj.-Freiw. im Inf. Regt. 82. Im Felde vom 11. 10. 1914 bis Kriegsende. Studierte 1 Semester in Göttingen, 9 Semester an der Kaiser Wilhelms-Akademie zu Berlin. Physikum 20. 2. 1917. Staatsexamen und Approbation 18. 3. 1920.